OBSERVATIONS ET PROPOSITIONS

N° 163.

DE

CHIRURGIE ET DE MÉDECINE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 8 août 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR ÉMILE CAMIN, de Josselin,

Département du Morbihan.

Necessitati.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	GRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT, *Examinateur.*
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / ROUX, *Suppléant.*
Pathologie médicale	FIZEAU. / FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX, *Président.*
Clinique médicale	CAYOL, *Examinateur.* / CHOMEL, *Examinateur.* / LANDRÉ-BEAUVAIS. / RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. / BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc, *Suppléant.*
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte), *Examinateur.*	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules), *Examinateur.*	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

A MES FRÈRES ET A MES SOEURS.

É. CAMIN.

OBSERVATIONS ET PROPOSITIONS

DE

CHIRURGIE ET DE MÉDECINE.

PENDANT long-temps les chirurgiens admirent comme fréquente la rupture du sac herniaire; mais l'anatomie pathologique est venue éclairer cette partie de l'histoire des hernies, et maintenant trois seuls cas de ce genre sont regardés comme authentiques. Le premier est rapporté par *Garengeot*, d'après *Petit*; le second par M. *Remond*, le troisième dans une thèse soutenue à Montpellier en 1817.

1°. La hernie existait depuis quelque temps. Le malade reçut un violent coup de pied de cheval sur la tumeur. La rupture se fit à la partie la plus élevée du sac, et les intestins se répandirent en dilacérant le tissu cellulaire jusqu'au milieu de la cuisse. L'étranglement était peu considérable, et la guérison eut lieu.

2°. La hernie existait depuis plusieurs années. Elle remontait un peu au-dessus de l'anneau, ce qui forçait le malade à l'abaisser un peu avant de presser de bas en haut pour la réduire. Ayant un jour oublié cette précaution et fait de violens efforts, il ressentit une grande douleur, et vit une tumeur irrégulière se manifester au-dessus de l'anneau. Des symptômes d'étranglement se déclarèrent. On opéra, et on reconnut que les intestins s'étaient échappés par une ouverture de la partie supérieure du sac, et étaient pressés entre la peau et les muscles abdominaux. Le malade mourut.

3°. Le malade, pris de symptômes d'étranglement, n'avoua qu'au

bout de plusieurs jours être affecté d'une hernie scrotale. Il avait fait de violens efforts pour la réduire, et les accidens s'étaient manifestés après la rentrée des parties herniées. On soupçonna un étranglement interne. L'autopsie montra le jéjunum étranglé dans une ouverture du péritoine, et tellement pressé, que les deux faces de sa paroi interne se touchaient.

Dans les deux premiers cas, la rupture eut lieu à l'orifice externe de l'anneau, et l'intestin était situé entre la peau et les parties subjacentes. Le troisième cas manque de détails. Dans le suivant, observé à l'hôtel-Dieu de Nantes, dans le service de M. *Darbefeuille*, chirurgien en chef, la rupture se fit à l'orifice interne, et l'intestin se plaça entre le péritoine et les muscles des parois abdominales.

N..., cultivateur, âgé de soixante-deux ans, avait depuis plusieurs années une hernie inguinale du côté droit, qu'il faisait rentrer lui-même quand elle sortait. Le 5 janvier 1827, à la suite d'un effort, elle s'étrangla. On fit plusieurs tentatives infructueuses de réduction. Le hoquet, des vomissemens de matières fécales survinrent, et le malade entra à l'hôtel-Dieu de Nantes le 10. Voici les symptômes qu'il présentait : tumeur douloureuse à la région inguinale droite ; abdomen tendu, douloureux à la pression ; hoquet ; vomissemens de matières fécales moins fréquens que la veille ; pouls petit, serré, peu accéléré. (Saignée du bras, bain.) De nouvelles tentatives de réduction n'ayant pas réussi, on se décida à l'opération, qui fut pratiquée à huit heures du soir.

Le sac, volumineux, contenait une portion de l'épiploon divisée inférieurement en deux branches, et au-dessous une anse intestinale d'un brun noirâtre. Ces parties ne remplissaient pas toute la cavité du sac. L'artère spermatique faisant sentir ses battemens à la partie postérieure externe, l'anneau fut incisé à la partie interne. Des adhérences nouvelles qui unissaient l'intestin au collet du sac furent détruites avec le doigt, et l'intestin repoussé dans l'abdomen. Alors le chirurgien, portant le doigt au-dessus de l'intestin, s'aperçut qu'il

ne pénétrait pas dans la cavité abdominale. Il coupa plusieurs brides, mais sans succès; il lia l'épiploon, après avoir retranché une des branches contenues dans le sac. (Appareil ordinaire; diète, manne ℥ ij.)

Le 11 au matin, même état qu'avant l'opération. Dans la journée, les vomissemens augmentent; le ventre reste toujours tendu et douloureux à la pression; l'haleine du malade est très-fétide; le pouls devient accéléré, petit; la figure se décompose; l'assoupissement survient. (Trois lav. purg.) Une selle après le deuxième. Mort le lendemain à quatre heures du matin, avec une parfaite connaissance.

Autopsie. L'épiploon, étendu à droite jusqu'à l'anneau, était injecté, surtout vers l'endroit de sa ligature : la portion liée était adhérente près de l'anneau. Les intestins grêles étaient volumineux, les gros intestins rétrécis : à travers le péritoine on apercevait des taches violacées sur les premiers. La portion d'intestin rentrée était située près de l'anneau. En portant le doigt au-dessus et d'avant en arrière, on pénétrait directement dans le sac herniaire; mais en la suivant vers la partie interne, on arriva dans une cavité située entre la face interne des muscles droits et le péritoine. Dans cette cavité était renfermée une portion de la fin de l'intestin grêle non contenue dans un sac et tenant aux parties environnantes par des adhérences gélatiniformes. Les bords de l'ouverture qui lui livrait passage n'étaient ni frangés, ni amincis : le doigt pouvait facilement s'introduire entre eux et l'intestin hernié, dont l'étendue était d'environ cinq pouces. L'intestin formait un 8 de chiffre. De ses deux portions réunies par des adhérences gélatiniformes, l'inférieure, qui se continuait avec l'intestin étranglé dans l'anneau, recouvrait l'autre.

Le sac herniaire, très-épais, était formé de plusieurs lames de consistance presque cartilagineuse et faciles à séparer les unes des autres: le péritoine, qui le tapissait, était épaissi et un peu injecté. A sa partie postérieure et un peu externe se trouvaient la veine et l'artère spermatiques; tandis qu'à sa partie interne et un peu antérieure se

trouvait le conduit déférent, qu'on reconnut avoir été divisé pendant l'opération : les deux extrémités étaient dures et rouges. Au-dessous du sac, le tissu cellulaire était engorgé et facile à déchirer; le tissu cellulaire de l'abdomen offrait la même disposition aux environs de l'anneau.

L'intestin compris dans la hernie était noirâtre à l'extérieur et recouvert à sa surface interne d'une couche albumineuse très-adhérente dans certains endroits. L'épaisseur de cette couche était d'une ligne à peu près, sa couleur d'un blanc tirant sur le jaune, sa consistance assez ferme. La muqueuse, très-adhérente, était noirâtre, en quelques points grisâtre et parsemée de points rouges saillans. Le tissu cellulaire sous-muqueux et celui interposé entre les fibres charnues étaient très-infiltrés. La membrane séreuse, injectée, était peu adhérente au tissu cellulaire sous-séreux, qu'on pouvait détacher en membrane. L'épaisseur de l'intestin était d'environ une ligne. La partie supérieure de l'intestin grêle et l'estomac étaient remplis de gaz et d'une bouillie jaunâtre très-fétides. On trouva aussi quelques vers lombrics dans l'intestin grêle. L'estomac offrait quelques points rouges, ainsi que la partie supérieure de l'intestin grêle. Une petite partie de la portion inférieure non comprise dans la hernie offrait le même aspect. Les tuniques intestinales n'étaient point épaissies. Le gros intestin était parfaitement sain.

Crâne. Sérosité en grande quantité dans la cavité de l'arachnoïde ; adhérences anciennes près la surface interne des hémisphères cérébraux ; cerveau mou, d'une odeur très-fétide, ressemblant à celle des matières fécales.

§. I. Cette rupture était-elle ancienne ? La facilité avec laquelle le malade faisait rentrer l'intestin, l'absence des accidens qui accompagnent les hernies irréductibles, le non épaississement des tuniques intestinales, le défaut d'une membrane analogue aux séreuses, qui, certes, dans ce cas comme dans tous les déplacemens d'un organe mobile, serait venue isoler l'intestin des parties environnantes, tout

enfin, et les circonstances commémoratives et les faits fournis par l'autopsie, et même l'analogie, puisque dans les trois cas précédemment observés l'étranglement suivit immédiatement la rupture, forcent de répondre négativement à cette première question. Elle s'était faite avant l'opération, puisqu'après la rentrée de l'intestin le chirurgien ne put faire mouvoir librement son doigt dans la cavité abdominale; et il est très-probable qu'elle s'était effectuée par l'effort auquel se livra le malade, ou par les manœuvres employées dans la réduction.

§. II. Après l'incision du collet du sac et la rentrée de l'intestin, les vomissemens, le hoquet devinrent plus fréquens. La cause de leur persistance ne pouvait plus être cherchée que dans la hernie extra-péritonéale, s'il est permis de lui donner ce nom : et cependant les bords de la déchirure ne s'appliquaient pas exactement sur l'intestin, comme le prouve l'introduction du doigt. D'où provenait donc l'étranglement? Il me semble qu'il dépendait; 1°. de l'angle formé par l'intestin hernié avec la partie supérieure de l'iléum; 2°. du rapport de ces deux portions formant un 8 de chiffre; 3°, de la constriction exercée par les parties entre lesquelles il était logé. A ces causes s'ajoutait probablement la pression alternative des viscères et des muscles abdominaux dans les mouvemens respiratoires.

§. III. Il faut noter dans cette observation, 1°. l'aspect de l'intestin hernié, ressemblant au gros intestin dans la dysenterie.

2°. La couche albumineuse qui tapissait son intérieur.

3°. La manière tranchée dont se terminaient ces altérations.

4°. La fétidité de l'haleine et du cerveau : et ici je rappellerai, sans toutefois vouloir établir aucune comparaison, ce qui arrive dans les rétentions d'urine.

§. IV. Si la rupture eût été connue, il était indiqué de rentrer les parties dans l'abdomen. Malgré la gravité des altérations, leur peu d'étendue donnait des chances de guérison.

§. V. Le tissu cellulaire qui réunit les diverses parties du cordon spermatique avait éprouvé une forte distension : le canal déférent s'était porté à la partie interne, et les vaisseaux à la partie externe. L'anatomie donne raison de leur position. En effet, dans l'intérieur du canal inguinal le conduit déférent est placé en dedans des vaisseaux, et on voit que dans leur déplacement ils avaient conservé le même rapport. C'est pour éviter l'accident arrivé dans ce cas, que *Scarpa* conseille de débrider les hernies anciennes un peu au-dessous de la partie moyenne du collet du sac et sur une ligne exactement médiane.

Ces quatre cas de rupture appartiennent aux hernies inguinales, et sur trois au moins la déchirure s'est faite à la partie supérieure du sac.

Le sac herniaire se forme par la locomotion et la distension du péritoine. Plus cette membrane se distend, plus le sac est mince, plus aussi le nombre des éraillures est considérable. M. *Jules Cloquet* a admis comme résultat d'expériences sur le cadavre, et, ce qui vaut mieux, comme fait d'observation, que le nombre des éraillures est en raison directe des adhérences du péritoine au pourtour de l'ouverture par laquelle se font les hernies. Ainsi il a observé que les éraillures sont plus fréquentes, 1°. dans les hernies ombilicales, 2°. crurales, 3°. inguinales internes, 4°. inguinales externes. Nous serions-nous donc trompé en regardant ces éraillures comme cause prédisposante de la déchirure du sac? Il nous semble que non. En effet, les hernies inguinales sont bien plus nombreuses que celles qui se font par toutes les autres ouvertures de l'abdomen: de plus, les éraillures doivent être plus fréquentes à la partie supérieure du sac, puisque c'est la partie la plus tiraillée, soit dans la descente de la hernie, soit dans les efforts de réduction; et nous avons vu que sur trois cas au moins la déchirure a eu lieu près du col. Cette supposition d'ailleurs devient fait par le deuxième cas. La hernie présentait au-dessus de l'anneau une bosselure par laquelle s'est faite la rupture. M. *Jules Cloquet* a observé que les bosselures se forment par la

distension et l'éraillement des endroits les plus faibles du péritoine ; il a rempli d'eau les sacs bosselés, les a fortement pressés, et a vu que toujours, dans le cas de rupture, elle s'est faite par l'une des bosselures. L'observation, il me semble, vient ici appuyer ses expériences.

Dans les quatre cas, une violence extérieure a déterminé la déchirure.

Dans les quatre cas, l'étranglement s'est manifesté aussitôt après. Qu'elle en était la cause? Dans le troisième, l'intestin était manifestement étranglé par les bords de l'ouverture; dans les autres, cette cause, si elle existait, n'était pas seule, et je la chercherais plutôt dans la constriction exercée par les nouvelles poches. En effet, dans le premier cas, l'intestin se répand entre la peau et le tissu cellulaire abondant de la cuisse, les symptômes sont peu alarmans. Dans le deuxième, l'intestin est pressé entre des parties moins extensibles, la peau et les muscles abdominaux ; les symptômes sont plus intenses. Dans le troisième, les symptômes ont marché avec assez de rapidité, et cependant le péritoine devait prêter plus que la peau du ventre; mais ici de nouvelles causes s'ajoutaient à celle que nous venons d'indiquer ; les deux portions de l'anse intestinale se croisaient, et la pression des viscères et des muscles abdominaux empêchait cette membrane de céder.

Dans les plaies larges avec suppuration abondante, on doit redouter les épanchemens purulens dans la plèvre. Cet accident est annoncé par des frissons violens revenant plusieurs jours de suite, une légère douleur de poitrine et la sécheresse de la plaie. La terminaison est toujours funeste.

Bonanchaud, âgé de soixante-six ans, fut piqué au talon droit par un morceau de verre. Dix jours après, il fut pris de douleurs à la jambe droite, et une inflammation de la saphène interne et des musculaires se manifesta. Il présenta des symptômes d'adynamie, avec oppression et douleurs dans la poitrine, et mourut après quinze jours de maladie. On remarqua que le ventricule droit donnait une plus forte im-

pulsion que le gauche. Une parotide droite se déclara la veille de la mort.

Autopsie. La saphène et les veines musculaires avaient leurs parois épaissies, et étaient remplies d'un pus roussâtre. La parotide droite contenait quelques gouttelettes de pus qu'on en exprimait par la pression.

On trouva des dépôts de pus blanc et épais entre les plèvres enflammées, entre la plèvre et le poumon gauches, entre la plèvre et les muscles intercostaux. Les poumons étaient remplis de foyers purulens; ces cavités à parois comme lacérées, anfractueuses, étaient formées de plusieurs loges, traversées par des bandelettes de tissu pulmonaire, et contenaient une sanie roussâtre, ressemblant à celle trouvée dans les veines; quelques-unes étaient tapissées par une membrane mince et facile à déchirer. Dans leur fond, le tissu pulmonaire était rouge et granulé; tout le reste des poumons était crépitant et sain. Toutes ces altérations étaient plus marquées à gauche. Les foyers purulens existaient en nombre bien plus considérable dans le lobe supérieur gauche.

La muqueuse des bronches était rouge.

Le cœur, d'un bon volume, était bien proportionné dans toutes ses parties. Au milieu des parois du ventricule gauche, on rencontra un petit dépôt d'un pus blanc. Dans le ventricule droit, une colonne charnue contenait un semblable dépôt, plus considérable. Le tissu environnant était sain.

Je cite cette observation en extrait à cause des dépôts du cœur, organe qui, je crois, n'en avait pas encore présenté dans la phlébite.

Le sang tiré de la veine varie dans les diverses maladies par la couleur, la densité, les proportions de sérum, fibrine, etc., le développement de la couenne. Nous ne nous occuperons ici que de cette dernière circonstance.

On rencontre la couenne dans les fièvres inflammatoires.

Elle est très-dense et très-épaisse dans les inflammations des séreuses et des organes fibreux; ainsi dans la pleurésie, les rhumatismes arti-

culaires et musculaires. Nous l'avons vue assez prononcée dans un tétanos causé par un froid subit, le corps étant en sueur.

En général, la couenne paraît dans toutes les inflammations.

Bordeu l'a trouvée souvent pendant la grossesse.

La couenne se rencontre peut-être plus fréquemment encore dans les inflammations chroniques avec pouls roide et fréquent, et avec chaleur à la peau. On voit la sérosité augmenter en quantité, le caillot diminuer, se ramollir ; mais tant que les phénomènes précédens apparaissent, et qu'il reste assez de force au malade pour supporter la saignée, la couenne se sépare à la surface, et se sépare aussi dense, aussi épaisse dans les dernières saignées que dans les premières.

Il est une autre grande classe de maladies dans lesquelles la couenne se rencontre si rarement, que son absence est comptée au nombre des signes diagnostiques : je veux parler des fièvres intermittentes et rémittentes ; elle paraît même rarement dans les fièvres qui cèdent à la saignée. Ainsi, dans l'année 1827, à Nantes, on observa, dans le mois de juillet, des fièvres intermittentes et rémittentes avec symptômes inflammatoires. Dans toutes on employa la saignée ; dans toutes l'accès suivant manqua ou fut moins fort ; quelques-unes cédèrent à ce moyen ; cependant un petit nombre de saignées seulement se recouvrit de couenne. Avec la chaleur les fièvres prirent un aspect plus grave, devinrent rémittentes pernicieuses ; on n'observa plus de couenne. Et ici il est permis, je crois, d'établir un rapprochement avec les fièvres graves, qui, dans la première période, celle d'inflammation, présentent quelquefois une légère couenne, mais qui n'en présentent plus dès que les symptômes d'adynamie se déclarent.

Une saignée faite pendant la période d'éruption d'une variole très-confluente donna un sang d'une couleur verdâtre, diffluent et sans caillot. Le malade mourut au bout de cette période

La fréquence, l'épaisseur de la couenne varie-t-elle suivant les saisons? Si on envisage cette question d'une manière générale et sans avoir égard aux maladies régnantes, on doit, du moins pour les pays à fièvres intermittentes, répondre d'une manière affirmative. En effet,

avec la chaleur ces fièvres augmentent en nombre et en intensité; avec la chaleur par conséquent la couenne se présente moins souvent. Mais si l'on pose la question de cette manière : La couenne varie-t-elle dans la même maladie, suivant les saisons? La solution est toute différente; car, pendant les épidémies de fièvres, nous avons vu des malades atteints de maladies chroniques présenter des saignées avec couenne, et couenne aussi épaisse et aussi dense que dans les autres saisons.

La péritonite par perforation, ordinairement générale, est quelquefois partielle. L'observation suivante prouve ce que nous avançons.

Une femme, âgée de cinquante ans, avait depuis six semaines de la diarrhée; il s'y joignit de la fièvre le soir, environ quinze jours avant son entrée à l'hôpital. A cette époque, elle présenta l'état suivant : maigreur, abdomen douloureux à la pression, coliques, peau chaude, pouls roide, un peu fréquent. Au bout de deux jours, elle fut prise tout à coup d'un frisson violent et d'une grande douleur de ventre sans vomissement. Les traits se décomposèrent, la peau devint froide; le pouls petit, presque insensible; les selles, abondantes, étaient involontaires; point de délire; prostration. La mort arriva après dix-huit heures.

Autopsie. Crâne sain; poumons sains, ne contenant pas de tubercules.

La cavité péritonéale ne contenait pas de matières fécales; toute la partie du péritoine située au-dessus du mésocolon transverse était parfaitement saine; celle située au-dessous était fortement enflammée, et d'autant plus qu'on approchait plus de l'endroit où existait la perforation. Dans ce point (vers la fin de l'iléum) le péritoine était recouvert de fausses membranes épaisses, qui diminuaient à mesure qu'on s'en éloignait. Dans les parties les plus éloignées, on n'observait qu'une rougeur intense avec une légère exsudation albumineuse.

L'estomac était sain. Dans l'iléum on trouva quelques plaques folliculeuses; vers la fin de cet intestin existaient quelques ulcérations qui

n'entamaient que la muqueuse. Les ulcérations devenaient plus profondes et plus nombreuses à l'endroit où l'iléum se réunit au cœcum : l'une d'elles présentait une perforation très-petite. La muqueuse était rouge dans toute cette partie.

Le cœcum et le colon présentaient quelques ulcérations.

Ce qu'il y a de remarquable dans cette observation, c'est de voir la péritonite bornée par le mésocolon transverse.

La péritonite par perforation termine fréquemment la fièvre typhoïde ; elle est toujours mortelle. Elle peut survenir dans le cours de la maladie ou pendant la convalescence. Ainsi nous l'avons vue survenir à la suite d'un excès dans les alimens et les boissons, le trentième jour, et lorsque le malade mangeait le quart.

La perforation existe ordinairement dans l'intestin grêle à cinq ou six pouces de la valvule cœcale et sur le bord libre de l'intestin dans la plupart des cas. Elle est arrondie, à bords lisses et minces.

On peut la reconnaître aux symptômes suivans : tout à coup le malade est pris de frissons violens, d'une vive douleur de ventre, paraissant d'abord à la région cœcale et se répandant rapidement dans tout l'abdomen. Des vomissemens abondans se déclarent ; quelquefois il suffit de la plus légère ingestion de liquide pour les provoquer, et chaque contraction de l'estomac est accompagnée de douleurs atroces. Les traits se décomposent ; la peau devient froide ; le pouls est serré, petit. Dans quelques cas ces symptômes diminuent, disparaissent même presque entièrement, et le malade est dans un calme trompeur, qui est bientôt suivi de la mort.

La mort arrive au bout de quelques heures, d'un à trois jours : on l'a vue, mais rarement, n'arriver qu'après six ou sept jours.

Quand les symptômes que nous avons énoncés se trouvent réunis, la péritonite est facile à reconnaître. Mais il n'en est pas toujours ainsi : en effet, les vomissemens manquent assez souvent ; la douleur du ventre est quelquefois peu vive. Chez un individu, qu'une épis-

taxis très-abondante, survenue la veille, avait jeté dans une grande faiblesse, les seuls symptômes furent : une légère douleur de ventre, le froid de la peau, la décomposition des traits. La mort survint le même jour. Le péritoine présentait une légère rougeur aux environs du cœcum, lieu où l'on trouva une perforation ; il contenait une chopine d'un liquide opaque, d'un brun fauve, semblable à celui qu'on trouva dans les intestins. Dans ce cas, il était presque impossible de reconnaître la péritonite.

La terminaison par les parotides est rare dans les fièvres typhoïdes, quoiqu'on l'ait regardée long-temps comme très-fréquente. Épuisés par l'abondance de la suppuration, les malades succombent presque toujours. En général, à la suite de ces maladies, les plaies, telles que les ulcérations au sacrum et vésicatoires, sont très-difficiles à guérir, et fournissent une suppuration abondante et prolongée. Cette circonstance doit rendre très-réservé sur l'emploi des vésicatoires, dont l'avantage dans ces affections est d'ailleurs loin d'être prouvé.

Il y a un terme aux saignées dans les maladies cérébrales : au commencement, elles produisent souvent un effet merveilleux ; mais, employées mal à propos et à une période avancée de la maladie, elles peuvent abréger de beaucoup la vie du malade. Après un certain temps, elles ne doivent plus être employées que comme palliatives, seulement pour s'opposer aux nouvelles congestions. Ces réflexions s'appliquent plutôt aux inflammations chroniques qu'aux aiguës.

Dans l'ictère, la coloration en jaune des urines précède même la teinte jaune des conjontives, et disparaît la première.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Sect.* 2, *aph.* 46.

II.

In acutis affectionibus rarò, et per initia, purgantibus utendum, idque diligenti priùs adhibitâ cautione faciendum. *Sect.* 1, *aph.* 24.

III.

Lassitudines sponte obortæ morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.

IV.

In acutis morbis, extremarum partium frigus, malum. *Sect.* 7, *aph.* 1.

V.

Et quâ corporis parte inest sudor, ibi morbum esse indicat. *Sect.* 4, *aph.* 38.